

## 1 自己評価及び外部評価結果

### 【事業所概要(事業所記入)】

|         |                      |            |            |
|---------|----------------------|------------|------------|
| 事業所番号   | 1691600033           |            |            |
| 法人名     | 有限会社あおぞら             |            |            |
| 事業所名    | グループホームあおぞら          |            |            |
| 所在地     | 富山県中新川郡上市町若杉三丁目522番地 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成27年1月12日           | 評価結果市町村受理日 | 平成28年3月14日 |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

|          |  |
|----------|--|
| 基本情報リンク先 |  |
|----------|--|

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                       |
|-------|---------------------------------------|
| 評価機関名 | 一般社団法人 富山県介護福祉士会                      |
| 所在地   | 939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階 |
| 訪問調査日 | 平成28年1月22日                            |

### 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

・介護職員の離職率が低く、利用者や家族にとっていつも馴染みの職員が対応することで、安心と信頼のある関係を築いている。  
・職員は、利用者と一緒に暮らす者同士の関係を築けるよう、笑顔を大切にしながら、穏やかでさりげない介護を実践している。  
・正看護師を配置し24時間連絡体制を整え、協力医療機関と連携して、利用者の重度化や終末期に対応したケアの継続を実践しており、今年度は2件の看取り支援を行った。

### 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

事業所理念「笑顔と信頼のあるホームで自分らしさを失わずに生きる」は、職員一人ひとりが自分だったらどんなホームに入りたいかを書き出し、職員会議で話し合いを重ね、集約して完成させたものである。契約を結んだ利用者との「縁」、「温かく家庭的な雰囲気」、「利用者・家族の思いや意向の共有」、を大切にし、利用者の生活を支えている一つひとつの行為に、自ら作り上げた理念を活かしている。さらに、終末期のケアについても、生きることの一部であると考え、「身近に人を感じられるような環境の中での、本人の尊厳を守る支援」ができるよう、家族との協力体制のもと、協力医との24時間連携で看取り介護も行っている。理念に基づく実践は、利用者の笑顔と介護職員のやりがいにつながり、離職者が少ないことにも現れている。また、自治会に加入し、地域行事に参加したり、町内会の役員を務めるなど、地域の一員として活動し信頼関係を築いている。事業所の前に広がる芝生の庭を利用した、外気浴やレクリエーション活動は気候のよい季節の楽しみである。

## V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項 目 |                                                    | 取 り 組 み の 成 果<br>↓該当するものに○印 |                                                                   | 項 目 |                                                                     | 取 り 組 み の 成 果<br>↓該当するものに○印 |                                                                   |
|-----|----------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 56  | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない | 63  | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                           | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57  | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)           | ○                           | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64  | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○                           | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58  | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                 | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65  | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                           | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59  | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66  | 職員は、活き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                           | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60  | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67  | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61  | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)       | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 68  | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○                           | 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62  | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている<br>(参考項目:28) | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |     |                                                                     |                             |                                                                   |

# 自己評価および外部評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー)＋(Enterキー)です。〕

| 自己<br>外部   | 項目  | 自己評価                                                                                                                        | 外部評価                                                                                                                                    |                                                                                                                            |                                            |
|------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
|            |     | 実践状況                                                                                                                        | 実践状況                                                                                                                                    | 次のステップに向けて期待したい内容                                                                                                          |                                            |
| I.理念に基づく運営 |     |                                                                                                                             |                                                                                                                                         |                                                                                                                            |                                            |
| 1          | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                                                          | 職員全員で話し合う機会を設け、もう一度原点に戻り、笑顔を大切に穏やかでさりげないケアを目指して自分達の言葉で利用者本位の理念を再構築した。                                                                   | 職員会議にて、「自分が入るとしたらどのようなグループホームだったら良いか」について一人一人が意見を出し合い、話し合いを重ね理念を作り上げた。また、併せて具体的な行動指針も決め、理念の実践につなげている。                      |                                            |
| 2          | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                                                          | 自治会に入会して、利用者と一緒に回覧板を届け、掃除当番を行い、公民館行事にも参加している。また、ホームの敷地を地域行事に利用してもらったり、町内の美化活動として花苗の管理を利用者が行うなどの取り組みを行っている。管理者は町内会の三役(会計)として深く地域と関わっている。 | 日頃利用している近隣のスーパーでは、店の定員と利用者はお互いに顔見知りになり、声を掛け合うなど馴染みの関係が築かれている。また、近隣を散歩中に地域の方と挨拶を交わしたり一言会話を楽しむなど、自然な交流があり、事業所が地域住民の一員となっている。 |                                            |
| 3          |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                                                        | 事業所での実践内容を踏まえて、地域の様々な研修、会合に関わりながら認知症ケアの啓発に努めている。町の認知症サポーター養成講座において、グループホームの役割等の説明やホームの見学会にも協力した。                                        |                                                                                                                            |                                            |
| 4          | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている                                     | 2ヶ月に1回開催し、町内会の区長や近所の方、民生委員、町の地域包括支援センター職員が推進会議のメンバーになっている。今回、町からの提案で、ホームの行事を回覧板で周知し近隣住民にも参加してもらった。                                      | 会議の議事録はフロアに掲示しており、いつでも閲覧できるようになっている。また、会議では、事業所行事を回覧板を利用して地域に報知し住民に参加を促してはどうかとの提案が地域からあがり、実現するなど、会議での意見がサービス向上に活かされている。    | 運営推進会議に家族の参加が増えるよう、会議開催の声掛けや案内方法の工夫等期待したい。 |
| 5          | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる                                               | 町の地域包括支援センター職員が運営推進会議のメンバーになっており、毎回会議の場でサービスの利用状況やケアサービスの取り組みを伝え、助言、評価をいただいている。                                                         | 運営推進会議に出席している地域包括支援センター職員とは、事業所の活動内容や運営状況など情報共有しており、意見や助言を得られる関係ができています。                                                   |                                            |
| 6          | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 日中は玄関の鍵をかけずに自由な暮らしを支援している。また、外部研修に参加し、その内容を職員会議の場で発表して、職員全員が身体拘束の弊害について理解できるよう努め、身体拘束をしないケアを行っている。                                      | 外部研修の報告や月1回の職員会議にて、身体拘束をしないケアについて話し合い、全職員で理解を深めている。玄関の施錠をしない取り組みや、言葉による行動抑制をしないケアを日頃から実践し、一人一人の思いを尊重するケアを行っている。            |                                            |
| 7          |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている                                     | 高齢者虐待防止法について外部の研修に参加したり、勉強会を行って理解を図り、虐待行為を発見した場合の対応方法について事業所で周知している。                                                                    |                                                                                                                            |                                            |

| 自己 | 外部  | 項 目                                                                                            | 自己評価                                                                                                      | 外部評価                                                                                                              |                   |
|----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|    |     |                                                                                                | 実践状況                                                                                                      | 実践状況                                                                                                              | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している    | 現在、1名の利用者が制度を利用しており、地域包括支援センターや社会福祉協議会と連携して支援している。                                                        |                                                                                                                   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 契約時は重要事項説明を丁寧に行い、事業所としてできること、できないことを明確にするよう努めている。重度化や看取りについての対応や医療連携体制については家族の不安や疑問を確認して、十分な説明になるよう努めている。 |                                                                                                                   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 介護相談員の訪問を受け入れて、利用者が外部に声を表せる機会を作っている。また、家族との懇談会を開催して、利用者家族が一堂に会して、事業所へ意見を述べる機会を作っている。                      | 家族の面会時やケアプラン説明時に、家族からの意見要望を聞くようにしている。また、年に一度の家族懇談会では、活発な意見交換が行われ、それら表出された意見は職員で共有し、対応できるものは時を置かずに運営に反映させるよう努めている。 |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | 管理者も同様に介護業務を行っており、日常的に意見交換が行われている。また、月2回の職員会議の場で意見や提案を聞き、転倒の危険がある利用者の居室にクッション性のあるマットを敷いたり、ベッドの位置を変えたりした。  | 年1回個人面談を実施し、職員の意見を聞く機会を設けている。例えば、勤務体制等についての意見では、働きやすい職場となるよう、管理者と職員が一緒に考えながら体制を整えるなど、聞き取った意見を運営に反映している。           |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 勤務時間や休み希望を考慮したり、資格取得の援助をするなどして、働きやすい環境整備に努めている。また向上心を持てるよう、キャリアパスにおける任用の要件を整えた。                           |                                                                                                                   |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | 外部研修の情報を職員に公開し、その中から参加したい研修を職員が選び、全員が年に1回は外部研修に参加して、会議の場で報告する機会を作った。                                      |                                                                                                                   |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 地域の同業者と相互訪問活動を実施して、職員と利用者さんが、行き来して交流を深め、情報交換を行うなどの取り組みを行っている。                                             |                                                                                                                   |                   |

| 自己<br>外部            | 項目  | 自己評価                                                                                 | 外部評価                                                                                                                  |                                                                                                                                                          |  |
|---------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                     |     | 実践状況                                                                                 | 実践状況                                                                                                                  | 次のステップに向けて期待したい内容                                                                                                                                        |  |
| Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |     |                                                                                      |                                                                                                                       |                                                                                                                                                          |  |
| 15                  |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 事前に必ず本人と会って、話をよく聴いて本人の思いと向き合うことで信頼関係をつくるように努めている。また、利用者によってはまず通所で利用してもらい本人の思いを理解できるように、事業所として共用型のデイサービスを利用できるようにしている。 |                                                                                                                                                          |  |
| 16                  |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 今回、入居にあたって医師から処方されている向精神薬をやめたいとの家族の意向を受け止め、医師と相談したうえで服薬を中止し、ケアを行ったところ、症状が改善され、家族との信頼関係を築くことができた。                      |                                                                                                                                                          |  |
| 17                  |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | 相談時の本人、家族にとってその時点で何が必要かを見極め、本人、家族、担当ケアマネジャーともよく話し合い、必要に応じて他のサービスが受けられるよう支援している。                                       |                                                                                                                                                          |  |
| 18                  |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 食器洗い・拭き、洗濯干し・たたみ等の家事を一緒に行き、散歩や買い物に一緒に出掛け、おしゃべりをしながら一緒に過ごし、お互いが感謝の気持ちを口にできるような、そんな支えあう暮らしとなるように努めている。                  |                                                                                                                                                          |  |
| 19                  |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | 利用者の状況を随時家族に報告し、また、面会や電話、手紙でいつでも連絡が取り合えるよう支援しながら、家族ができる部分は協力を得るなどして、一緒に本人を支えていく関係を築いている。                              |                                                                                                                                                          |  |
| 20                  | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                     | 利用者や家族に、行きたい所や会いたい人の情報を聞き取り、可能な限り希望を叶える取り組みを行ってきたが、最近では入居年数が長くなり、重度化も進む中で、これまでの関係が薄れ、関係継続の支援が難しくなっている。                | 重度化が進み、これまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係の継続が難しくなっているが、昔からの生活習慣(季節に合った料理を食べる、初詣に行く等)を継続できるよう支援している。また、家族との関係も途切れないよう、利用料は事業所に持ってきてもらう等、利用者と家族が顔を合わせる機会ができるよう配慮している。 |  |
| 21                  |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 日々の関わり合いを見ながら利用者同士の関係を把握し、共同で作業できる場面を作ったり、全員が参加できる行事を催し、仲良く一つのテーブルを囲めるような時間を作ったりしている。                                 |                                                                                                                                                          |  |

| 自己                                 | 外部   | 項目                                                                                                     | 自己評価                                                                                                                     | 外部評価                                                                                                                    |                   |
|------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                    |      |                                                                                                        | 実践状況                                                                                                                     | 実践状況                                                                                                                    | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている                    | サービスの利用が終了した後も、サービス利用の間に培われた関係性を大切に、その後も相談や支援に応じる姿勢を示していきたい。                                                             |                                                                                                                         |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |                                                                                                        |                                                                                                                          |                                                                                                                         |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している                                           | 折に触れ、本人から若い頃の話聞くようにして、会話の中でこれまでの生活歴や馴染みの暮らし方の情報が得られるよう意識している。また、家族に情報提供書を記入してもらったり、面会時に会話して知り得た情報を介護記録に記入して情報を共有している。    | 家族から提供してもらった本人の情報を、日頃の会話のきっかけにするとともに、仕草や表情も読み取り、思いや意向の把握につなげている。把握した情報は日々の記録に記載し、共有して一人一人の心に沿ったケアとなるよう努めている。            |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 利用時にこれまでの生活歴や暮らし方をシートに記入してもらっている。また、折に触れ本人や家族、関係者などから情報を聴き取り、本人の全体像を知るよう努めている。本人の若いころの写真を見せてもらうという取り組みも行っている。            |                                                                                                                         |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている                                                     | 一人ひとりのできる力、わかる力を把握するために、「認知力」「身体機能」「こころ」の3つの視点に注目してその人なりの生活を支援するよう努めている。                                                 |                                                                                                                         |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 職員とケアマネージャーが協力してモニタリングを行い、ケアカンファレンスで検討し、計画書の見直しを行っている。また、心身の変化時には随時見直しを行い、現状に即した介護計画となるよう努めている。家族から聞き取った意見・要望も計画に反映している。 | 担当職員が中心となって利用者情報の収集をし、利用者の支援方法について話し合い介護計画を作成している。定期的な見直しのほか、状態変化時には随時見直しを行い現状に即したものとなるよう努めている。また、家族の意見要望も把握し計画に反映している。 |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | その時々気付いたこと、本人が言った言葉や表情を記録し、ケアプランを実践した時には、やってみてどうだったかを記入して、見直しに活かしている。その日にいない職員に伝えるように記入して、情報を共有するよう努めている。                |                                                                                                                         |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる               | 協力医による定期的な訪問診療を行って、利用者にとって負担となる受診や入院を回避したり、本人や家族の状況に応じて、通院や送迎等必要な支援を柔軟に行っている。                                            |                                                                                                                         |                   |

| 自己 | 外部   | 項目                                                                                                                  | 自己評価                                                                                                                  | 外部評価                                                                                                                                  |                                           |
|----|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|    |      |                                                                                                                     | 実践状況                                                                                                                  | 実践状況                                                                                                                                  | 次のステップに向けて期待したい内容                         |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                                      | 自宅の草刈を近所の方々にしてもらっている利用者や知り合いの傾聴ボランティアが定期的に面会に訪れ、話を聴いてもらっている入居者もあり、事業所としてお礼に出向くなどして本人の暮らしを支援するよう努めている                  |                                                                                                                                       |                                           |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | これまでのかかりつけ医を継続して利用している入居者もあり、受診時には情報提供を行い適切な医療が受けられるよう支援している。ホーム協力医とは、月2回の往診や24時間対応の連絡体制を築き適切な医療が受けられるよう支援している。       | かかりつけ医は契約時に希望を確認し、本人家族の要望に沿ったものとなっている。受診は原則家族の付き添いで行っているが、場合によっては職員が同行している。いずれの場合も、受診の際には、本人の日頃の健康状態や様子など必要な情報を提供し、円滑な受診が行えるよう支援している。 |                                           |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 日頃気付いた事等を相談し助言してもらえる機会は多くあり、24時間電話で相談もできる。また、往診前には介護職員が各入居者の状況について記録し、報告している。                                         |                                                                                                                                       |                                           |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院によるダメージを極力防ぐために、診察には家族と一緒に立会い医師と話をする機会を作っている。また、入院時には医療機関に対して本人の普段の状況を伝え、頻繁に職員が面会に行き情報を得るなどして、速やかな退院に結びつくように支援している。 |                                                                                                                                       |                                           |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 入居時に重度化・看取り支援に関する意向をアンケートで確認し、段階ごとに本人・家族や主治医と事業所が話し合いを持ちながら、「看取り確認書」「看取り同意書」を交わして、三者で方針を共有しながら看取り支援に繋げている。            | 事業所と協力医が可能な支援方法を記載した「看取り支援確認書」にて、本人、家族の意向を確認している。その後、利用者の状態に合わせて、利用者本人の状態に合った支援方法を記載した「看取り介護についての同意書」に同意を得たうえで、医師の指示に基づき支援している。       |                                           |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている                                              | 消防署で実施されている応急手当や蘇生術の研修に参加して、職員全員が救命技能を有しているが、定期的な訓練は行えておらず、今後は計画的に研修に参加して実践力を確認していきたい。                                |                                                                                                                                       |                                           |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている                                              | スプリンクラーや自動火災通報装置を設置しており、年2回定期的に火災避難訓練を実施して災害時の対応を確認している。避難訓練には近隣住民の参加を得たり、火災時の一報が届く通報装置の設置に協力してもらっている。                | 火災については、年2回の避難訓練を行っており、そのうち1回は消防署の立ち合いがある。地震、風水害時の対策については、マニュアルがあり、年1回職員会議にて内容を確認し合っている。                                              | 地震等の災害時の避難方法等の確認をし、その方法を職員が身につけることを期待したい。 |

| 自己<br>外部                 | 項目   | 自己評価                                                                              | 外部評価                                                                                                          |                                                                                                                                                     |  |
|--------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                          |      | 実践状況                                                                              | 実践状況                                                                                                          | 次のステップに向けて期待したい内容                                                                                                                                   |  |
| Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |                                                                                   |                                                                                                               |                                                                                                                                                     |  |
| 36                       | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                    | 内外の研修を通じて、日頃の自分たちのケアを振り返る機会を持ったり、新しいケアの技術を学んだりして、利用者の人権やプライバシーの侵害がないよう取り組んでいる。                                | 職員は、事業所内外の接遇研修の受講を通じて尊厳やプライバシーについて学びを深めている。利用者の話を聞くときは足を止めて聞くようにする、丁寧な言葉遣いを心掛ける、など学びを実践につなげている。                                                     |  |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                      | おやつや飲み物を選んだり、着替えの服を選んだり、入浴の希望やお手伝いしてもらえるかなど、本人が自己決定できるような場面作りや選びやすい声かけになるよう努めている。                             |                                                                                                                                                     |  |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 日課を決めず、一人ひとりの体調に配慮しながら、その日その時の本人の気持ちを尊重して、自分のペースでしたいことができるように支援している。                                          |                                                                                                                                                     |  |
| 39                       |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                   | 毎朝着替えを行い、外出や特別な行事の際には普段着からおしゃれ着に着替えたりして、一人ひとりの好みに合わせて支援している。衣類の乱れがあればさりげなく声掛けしたり一部介助したりして身だしなみに配慮している。        |                                                                                                                                                     |  |
| 40                       | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている      | 買い物や調理、後片付けなどは、一人ひとりの力を活かせるように職員が声かけをするなどして一緒に行うようにしている。また、時々外食したり、季節に応じたメニューにしたり、病気がある方でも満足のいく食事になるよう工夫している。 | 利用者にその日に食べたいものを聞いたり、冷蔵庫の中にある食材を見たりして、その都度献立を立てている。月1回の外食や旬の味覚を提供するなど変化をつけ、食事が楽しいものとなるよう支援している。また、疾患などで食事療法が必要な方にも、献立や調理方法を工夫し、美味しく満足していただけるよう努めている。 |  |
| 41                       |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている           | 栄養や飲水量がどの程度とれているか、おおよその量を毎日チェック表に記録し、職員が情報を共有して常に意識しながら関わっている。                                                |                                                                                                                                                     |  |
| 42                       |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                    | 食後の歯磨きやうがいの声かけを行い、力に応じて職員が見守ったり介助を行っている。就寝前には義歯の洗浄も行っている。                                                     |                                                                                                                                                     |  |

| 自己 | 外部   | 項 目                                                                                                         | 自己評価                                                                                                                | 外部評価                                                                                                                             |                   |
|----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|    |      |                                                                                                             | 実践状況                                                                                                                | 実践状況                                                                                                                             | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている                              | 排泄記録をチェックし、時間が来たら声掛けをし、又はサインを見てトイレに誘導している。個々の排泄動作の能力を見極め、その人に合ったパットやパンツを随時検討して、自立できるよう支援している。                       | 自立排泄の意義を理解し、排泄記録の活用で一人一人の排泄習慣やサインを把握し、時間管理や声掛けを行いトイレへの誘導を行ったり、個々を考察し現状に見合ったパットやパンツを選択するなど、個別支援を行っている。                            |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる                                              | 適度な水分補給と繊維質の多い食材や乳製品を取り入れたり、散歩や体操など身体を動かす機会を設けて、薬にむやみに頼らずに自然排便できるよう取り組んでいる。                                         |                                                                                                                                  |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 特に入浴日は設けず、利用者の希望や体調に合わせて、職員と1対1で利用者のペースに合わせゆっくりと入浴している。また、失禁時にはシャワー浴や清拭を行っている。                                      | 入浴は本人の希望に合わせて対応できるよう毎日沸いており、職員と1対1でゆっくりと楽しめるよう努めている。いくつかの種類の入浴剤を用意し、気分によって選んでいただいている。体調不良時や失禁された時などはシャワー浴や清拭など個別に対応している。         |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している                                               | 日中の個別の疲れ具合にあわせて、個別に休息を取り入れている。また、就寝前に足浴で体を温め、安眠できるよう支援している利用者もいる。                                                   |                                                                                                                                  |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている                                          | 利用者一人ひとりの処方されている薬について、薬剤師による管理指導書を基に、理解するよう努めている。また、ケアプラン見直し時に服薬状況についてもアセスメントしている。                                  |                                                                                                                                  |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                             | 毎日の日付記入や花の水やりを日課にしている方や、洗濯干しを自分の仕事としている方がいる。誕生会では、挨拶する方、祝辞を述べる方、プレゼントを渡す方、万歳三唱の音頭を取る方などそれぞれの特技や経験を活かした役割を持ってもらっている。 |                                                                                                                                  |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 天気のよい日には近くを散歩したり、買い物に出掛けたり、重度の方でも庭に出て外気浴を行ったりしている。また、地域行事に参加したり、普段は行けないと思っている場所でも家族と事業所が協力して行けるように働きかけている。          | 月1回外食に出かける機会を作っている。また、近所のスーパーへ買い物に出かけたり、前庭の芝生で日光浴を行い、天気の良い日には事業所周辺を散歩するなど外に出る機会を楽しんでいる。さらに、季節に応じて、花見に出かけたり、紅葉を見に出かけたりする機会も作っている。 |                   |

| 自己 | 外部   | 項 目                                                                                                                              | 自己評価                                                                                                                                                                     | 外部評価                                                                                                                                     |                   |
|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|    |      |                                                                                                                                  | 実践状況                                                                                                                                                                     | 実践状況                                                                                                                                     | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している                                                  | 小額のお金を所持している利用者がおり、お金がある安心感や満足感に配慮した、本人の金銭管理の支援に取り組んでいる。                                                                                                                 |                                                                                                                                          |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている                                                                           | 毎年利用者全員が年賀状や暑中見舞いを出せるよう支援している。また、日常的に電話や手紙のやり取りを支援し、関係が希薄にならないよう努めている。                                                                                                   |                                                                                                                                          |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | フロアは対面式キッチンになっており、調理する音や香りが感じられる生活感のある空間になっている。また照明は電球色や蛍光色に切り替えることができ、時間や季節によって光の色を変えたり、トイレ前は少し暗めの落ち着いた明るさになるよう工夫している。車いすや歩行器の使用が増えたため、テーブルの配置を変えて動線を確保し、安全に移動できるようにした。 | 共用空間の中であっても、一人一人の居場所ができるよう、リビングにはリクライニングソファ、キッチンカウンターの前にはダイニングテーブルがあり、思い思いの場所でゆっくりとくつろぐ姿がある。対面式キッチンからは食事を準備する様子が見れたり香りが漂い、家庭的な雰囲気包まれている。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている                                                      | フロアのリクライニングソファや居間のソファ、玄関前のベンチなど一人ひとりが思い思いに過ごしたり、気の合った利用者同士で過ごしたりできるよう工夫している。                                                                                             |                                                                                                                                          |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている                                           | 本人や家族の意向を確認しながら馴染みの物や好みの物を持ち込んでもらい、本人が居心地よく過ごせるよう配慮している。居室のベッドは利用者が居室に入ってくる人を確認しやすいように配置している。                                                                            | 居室には、備え付けのベッドが置いてあり、それ以外の物は利用者の馴染みの家具や物、使いやすい物を持参し、配置してあり、あたたかく程よい生活感が見え、その人らしく過ごしやすいようになっている。                                           |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している                                             | 利用者の状態に合わせて、手すりを増やしたり、床にクッション性のある床材を敷いて移動の安全性に配慮している。トイレのドアには利用者に分かるように大きく「トイレ」であることを表示して、自立に繋げている。                                                                      |                                                                                                                                          |                   |

(別紙4(2))

事業所名 グループホームあおぞら

作成日: 平成 28年 3月 7日

## 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。  
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくなならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【目標達成計画】 |          |                                                                  |                                        |                                                                                                                                                 |                    |
|----------|----------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 優先<br>順位 | 項目<br>番号 | 現状における問題点、課題                                                     | 目標                                     | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容                                                                                                                              | 目標達成<br>に要する期<br>間 |
| 1        | 3        | 運営推進会議に家族の参加が見られない。                                              | 会議開催の声掛けや案内方法を工夫して、<br>家族の参加が増えるようにする。 | ・毎月発行している通信に、会議開催の案内を載せて全<br>家族に通知する。<br>・毎回、代表で1家族ずつ会議に出席していただけるよう<br>依頼する。<br>・会議議事録をホームのフロアに掲示して来所時に閲覧<br>できるようにする。                          | 2ヶ月                |
| 2        | 13       | 地震等の災害時の避難方法について、マニ<br>ュアルに記載はあるが、実際にその通りに行動で<br>きるかの検証は行われていない。 | 地震等の災害時の避難方法等の確認をし、<br>その方法を職員が身につける。  | ・火災避難訓練とは別に、年1回程度地震災害時の行動<br>について確認する時間を設ける。<br>・転倒や落下の恐れのあるものについて、あらかじめ防止<br>策を施す。<br>・いざという時に頭部を保護できる頭巾を利用者と一緒に<br>作成し、全員の分をフロアの椅子の背もたれに設置する。 | 10ヶ月               |
| 3        |          |                                                                  |                                        |                                                                                                                                                 | ヶ月                 |
| 4        |          |                                                                  |                                        |                                                                                                                                                 | ヶ月                 |
| 5        |          |                                                                  |                                        |                                                                                                                                                 | ヶ月                 |

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。